Matarazzo (C.)

Faculdade de Medicina e de Pharmacia do Rio de Janeiro

DISSERTAÇÃO

CADEIRA DE PATHOLOGIA MEDICA

— DA —

HEPATITE SUPPURADA

Proposições

TRES SOBRE CADA UMA DAS CADEIRAS DA FACULDADE

APRESENTADA Á

FACULDADE DE MEDICINA E DE PHARMACIA DO RIO DE JANEIRO

EM 16 DE MARÇO DE 1899

PELO

Dr. Costabile Matarazzo

FORMADO PELA UNIVERSIDADE DE NAPOLES

— ITALIA —

AFIM DE PODER EXERCER A SUA PROFISSÃO

— NA —

REPUBLICA DOS ESTADOS UNIDOS DO BRAZIL

— 1899 —

FACULDADE DE MEDICINA E DE PHARMACIA DO RIO DE JANEIRO

THESE

DO

Dr. Costabile Matarazzo

1899

FACULDADE
De Medicina e de Pharmacia do Rio de Janeiro

DIRECTOR — Dr. Albino Rodrigues de Alvarenga.
VICE-DIRECTOR — Dr. Francisco de Castro.
SECRETARIO — Dr. Antonio de Mello Muniz Maia.

LENTES CATHEDRATICOS

Drs.:

João Martins Teixeira	Physica medica
Augusto Ferreira dos Santos	Chimica inorganica medica.
João Joaquim Pizarro	Botanica e zoologia medicas.
Ernesto de Freitas Crissiuma	Anatomia descriptiva.
Eduardo Chapot Prevost	Histologia theorica e pratica.
Arthur Fernandes Campos da Paz	Chimica organica e biologica.
João Paulo de Carvalho	Physiologia theorica e experimental.
Antonio Maria Teixeira	Materia medica, Pharmalogia e arte de formular.
Pedro Severiano de Magalhães	Pathologia cirurgica
Henrique Ladisláo de Souza Lopes	Chimica analytica e toxicologica.
Augusto Brant Paes Leme	Anatomia medico cirurgica.
Domingos de Góes Vasconcellos	Operações e apparelhos.
Antonio Augusto de Azevedo Sodré	Pathologia medica.
Cypriano de Souza Freitas	Anatomia e physiologia pathologicas.
Albino Rodrigues de Alvarenga	Therapeutica.
Luiz da Cunha Feijó, Junior	Obstetricia.
Agostinho José de Souza Lima	Medicina legal.
Benjamin Antonio da Rocha Faria	Hygiene e mesologia.
Antonio Rodrigues Lima	Pathologia geral
João da Costa Lima e Castro	Clinica cirurgica — 2ª cadeira.
João Pizarro Gabizo	Clinica dermatologica e syphiligraphica.
Francisco de Castro	Clinica propedeutica.
Marcos Bezerra Cavalcante	Clinica cirurgica — 1ª cadeira.
Eurico Marinho da Gama Coelho	Clinica obstetrica e gynecologica.
Joaquim Xavier Pereira da Cunha	Clinica ophthalmologica.
José Benicio de Abreu	Clinica medica — 2ª cadeira.
João Carlos Teixeira Brandão	Clinica psychiatrica e de molestias nervosas.
Candido Barata Ribeiro	Clinica pediatrica.
Nuno de Andrade	Clinica medica — 1ª cadeira

LENTES SUBSTITUTOS

Drs.:

1ª secção	Tiburcio Valeriano Peceguairo do Amaral.
2ª «	Oscar Frederico de Souza.
3ª «	Genuino Marques Mancebo e Luiz Antonio da Silva Santos.
4ª «	(vago)
5ª «	Ernesto do Nascimento Silva.
6ª «	Francisco de Paula Valladares.
7ª «	Miguel de Oliveira Couto,
8ª «	Augusto de Souza Brandão.
9ª	Francisco Simões Corrêa
10ª «	José Antonio de Abreu Fialho.
11ª «	Luiz da Costa Chaves Faria.
12ª «	Marcio Filaphiano Nery.

N. B. A Faculdade não approva nem reprova as opiniões emittidas nas theses que lhe são apresentadas

Dissertação

I
ETIOLOGIA E PATHOGENIA

A hepatite suppurada é uma affecção especial aos paizes quentes, excepcionalmente se manifestando nos climas temperados; e, dentre as causas que a podem determinar apontemos desde já as *contusões* do hypocondrio direito e a penetração de um *corpo estranho* no figado, penetração esta que se póde fazer pelas vias biliàres ou pelo duodeno. Quanto á primeira causa o facto tem sido observado por varios clinicos, e bem se comprehende que um traumatismo da região hepatica embora raro, possa determinar, mesmo nos climas temperados, uma hepatite suppurada.

Não queremos entretanto com isto asseverar que todo traumatismo determine forçosamente uma suppuração da glandula hepatica; pensamos mesmo que, embora isto aconteça raramente, a contusão levada à região do figado pòde concorrer para a formação de uma collecção purulenta.

Quanto aos corpos estranhos, alguns auctores referem a presença de ascarides lombricoides, calculos biliares obliterando o canal choledoco, alfinetes deglltidos, etc. A *temperatura* elevada exerce reconhecida influencia sobre a producção da hepatite, todavia se o calor representa na verdade um factor importante na etiologia d'esta affecção, não é este entretanto o unico. E não sómente o calor elevado, mas tambem as mudanças de temperatura devem ser tomadas em consideração por isso que è justamente nas regiões quentes, em que ao calor torrido do dia succedem noites humidas e frias, que a differença consideravel de temperatura favorece as congestões das visceras e póde ser causa occasional da abcedacão do figado. A alta temperatura favorece aos germens dysentericos e dár-lhes uma maior energia. Estes germens representão, como veremos, um proeminente papel na etiologia da hepatite suppurada.

A *humidade* tem sido apresentada tambem como umas das causas; entretanto ella falta completamente na Algeria, onde essa molestia reina epidemicamente.

As *inflammações do dominio da veia porta* são causas frequentes da hepatite suppurada, como acontece nas operações do recto, intestino e estomago, etc., formando-se abcessos metastaticos no figado, sendo provavelmente levados ahi os agentes da inflammação por intermedio da circulação porta e provocando uma inflammação secundaria, podendo o transporte se dar tambem por intermedio da veia porta e excepcionalmente pela veia umbilical, como pòde acontecer nos recem-nascidos. Pela infecção puerperal ou simplesmente septica da ferida umbilical, os agentes inflammatorios podem chegar ao figado por aquella veia e provocar a formação do abcesso.

Outras causas podem ainda ser apresentadas como factores etiologicos da hepatite suppurada, assim os fócos *inflammatorios perifericos, feridas insignificantes, como o panaricio, feridas dos ossos, etc.* — Os *tuberculos e os echnococcus* podem suppurar e provocar então à distancia processos purulentos secundarios.

Out'ora acreditava-se que o abcesso do figado era uma determinação do *paludismo;* ninguem, porem, admitte mais hoje tal opinião, que muito sustentada foi principalmente pelos medicos francezes da Algeria. Para mostrar a falta de fundamento de uma tal asserção basta lembrar que justamente nos centros malaricos da nossa bella Italia a hepatite suppurada é rara; ao passo que mostra-se frequente entre os tropicos, em certas localidades isentas de influencia malarica. Portanto, o elemento palustre por si só não é capaz de provocar a suppuração do figado, embora pela congestão que elle determina para o lado d'esta glandula possa ter influencia na evolução da affecção como causa predisponente ou occasional.

Identidade existe com a *dysenteria*, que jà na opinião de Broussais era a mais commum das causas. Ha, com effeito, uma coincidencia perfeitamente verificada, constituida pela dupla manifestação de uma só e mesma causa morbida.

A dysenteria e a hepatite suppurada apresentão a mesma distribuição geographica, sendo quasi sempre inseparaveis uma da outra, e se nem sempre o facto é clinicamente comprovado é porque tem passado despercebidas as ulcerações, intestinaes no caso da verificação do abcesso do figado, ou da suppuração no caso da dysenteria.

E' a opinião de Kelsch e Kiener que, n' uma estatistica de cem casos poderão averiguar a precedencia da dysenteria em setenta e cinco, acreditando que os outros tambem o tivessem sido talvez sob uma forma chronica, não bem patente de modo a não ser perfeitamente reconhecida. E se nem sempre á dysenteria segue-se a hepatite, isto explica-se pelo papel importantissimo que representa o figado de não só reter como destruir os miero organismos, que por elle passão. Esta funcção da glaudula hepatica è a garantia da vida, e isto, que acontece para as auto-intoxicações, succede tambem para os toxicos ingeridos, guardada sempre uma certa relatividade.

Ribbert explica a razão porque os casos de ulcerações dysentericas são mais frequentes do que os de suppurações hepaticas pela propriedade que têm as peredes intestinaes, como os ganglios de fixar certos agentes infecciosos.

Portanto, para a producçao de abcesso hepatico a condição principal é a d'esse factor etiologicos que acabamos de estudar, mas são necessarios, são mesmo indispensaveis certas condições para que elle possa evoluir. As causas que diminuem a resistencia do organismo contra o agente productor da hepatite e as que favorecem a hyperhemia hepatica, devem ser consideradas como causas predisponentes, sò a presença d'aquelle agente sendo capaz de produzir a hepatite suppurada dos paizes quentes.

Se é verdade que a dysenteria póde se desenvolver em qualquer ponto do globo, o mesmo não acontece à hepatite suppurada que se observa quasi só na *zona tropical.*

Ainda outras causas devemos apontar como podendo influir na supperação do figado, embora de menos valor, como a *idade*, sendo extremamente rara até a segunda infancia, e nos velhos, oscillando entre os 20 e 50 annos a maioria dos casos observados até agora.

Seja pelo facto das mulheres se exporem menos que os homens ás privações, às fadigas e aos exessos de todo o' genero, seja por outro qualquer motivo è certo que è mais commum no *sexo* masculino do que no feminino.

Na *raça* branca e principalmente nos estrangeiros não habituados aos climas quentes a hepatite suppurada é mais frequente do que nos negros e ncs indigenas.

II

ANATOMIA PATHOLOGICA

Dividiremos este assumpto em dois periodos, um comprehendendo a *hyperhemia hepatica* e outro a *suppuração*. N'aquelle a glandula hepatica acha-se mais engorgitada de sangue ou ao menos de serosidade sanguinolenta do que no estado physiologico, constituindo este accumulo de sangue nos vasos hepaticos o phenomeno primordial da hepatite, e o augmento de volume do figado é a sua consequencia natural, augmento este que perdurará no periodo da suppuração e que é facto constante, a menos que não se trate de um figado previamente atacado de cirrhóse ou quando uma abundante suppuração tenha destruido parte do parenchyma hepatico.

A consequencia natural de uma hyperhemia prolongada para um orgão tão vascular como este é a suppuração, quer o pús seja proveniente da modificação da cellula conjunctiva pre existente, quer do globulo branco emigrado, segundo Wirchow ou segundo Cohnheim, e o ponto inicial d'essa suppuração é o espaço de Kiernan. Na opinião de Kelsch o abcesso tem seu ponto de partida não nos conductos biliares, nem nas paredes dos vasos sanguineos, mas nos lobulos e nos espaços interlobulares.

Se o agente infeccioso é a causa do abcesso, sendo elle levado ao figado por via vascular, o ponto de partida parece dever ser o espaço inter-lobular, onde esta causa primeiramente actúa.

O trabalho de suppuração se fazendo nos espaços interlobulares, augmenta os seus volumes, emquanto os lobulos diminuem pela atrophia, resultando d'ahi as tranformações d'esses espaços em cavidades cheias de pús, separadas por massas lobulares, que tendem a desapparecer pela atrophia das cellulas hepaticas.

Por fim, estes fócos de suppuração fundem-se um nos outros constituindo o abcesso do figado.

N'este periodo da inflammação a glandula apresenta uma coloração vermelha intensa, uniformemente distribuida ; de ordinario, perém, a congestão se localisa na peripheria dos pontos abecedados, em placas irregularmente disseminadas. O pús acha-se em contacto directo com a substancia hepatica quando o abcesso é de recente formação, mais tarde, porèm, os leucocytos que se accumulam na superficie interna do fóco, em logar de se necrosar, se transformam em tecido embryonario; uma rede capillar de nova formação se desenha n'este tecido, constituindo uma membrana pyogenica, que contorna o abcesso. Este continúa a se desenvolver á custa daquella membrana e do tecido conjunctivo inflammado, que o contorna, e como este tecido se continúa com a lamina conjunctiva peripherica da veia porta, se manifesta a periphlebite com formação de um coalho fibrinoso, no ponto inflammado da veia. Estas partes periphericas podem ser completamente destruidas pela suppuração de tal sórte que o abcesso augmenta por expansões lateraes, seguindo os ramos da veia porta. (Cornil e Ranvier).

Algumas vezes a membrana pyogenica se transforma em espessa membrana fibrosa, cuja folha externa está inteiramente ligada ao tecido glandluar e a interna, desigual, é banhada de pús, e como consequencia o abcesso pára em sua marcha invasora ficando enkistado no meio da substancia hepatica.

Vejamos agora os caracteres macro e microscopicos do abcesso; as alterações que elles determinão na glandula hepatica e n'outro orgãos.

Ordinariamente os abcessos intertropicaes são em pequeno *numero* ou unico e *volumosos*; este caracter differenciando-os dos de origem metastaticas, que são numerosos e pequenos.

Embora o fóco apresente-se muitas vezes de *fórma* irregular, seja pela reunião de abcessos primitivamente distinctos,

seja pela friabilidade do tecido hepatico em varios pontos, a forma espherica, quando o abcesso é circumscripto, é a que se deveria imaginar como a da collecção purulenta do figado.

Elle póde occupar qualquer ponto da glandula hepatica todavia o lobulo direito è *séde* mais commum do que o esquerda, raramente se observando no de Spigel.

Quanto ao *volume*, o abcesso póde circumscrever-se a uma pequena parte do orgão ou generalisar-se, convertendo-o em uma especie de kysto purulento, apresentando-se do tamanho de uma noz no primeiro caso Embora em alguns paizes a collecção purulenta possa attingir ao volume de uma cabeça de criança, na maioria dos casos a quantidade varia de 300 a 1000 centimetros cubicos de pus.

Na maior parte das vezes esse augmento de volume não é mais do que a consequencia da distenção do orgão pelo pùs accumulado no interior dos abcessos.

Quando o abcesso é recente o pús è de boa natureza; quando, porem, existe ha já um certo tempo, um cheiro picante ammoniacal, mais raramente fetido, caracterisa-o. Nas collecções antigas elle se apresenta já com uma côr vermelha, devida á presença de um certa quantidade de sangue ou de detritos cellulares provenientes do figado, já com uma coloração verde, que se transforma muitas vezes em uma côr de borra de vinho, escuro amarellado ou chocolate, resultado da mistura da bile com o pús. Se o abcesso se conserva enkistado o pús é inodoro, desde, porem, que uma fistula bronchica ou abdominal existe, a fermentação putrida do liquido é a consequencia.

Profundas alterações esperimenta o tecido hepatico que circunda o abcesso e a sua consistencia é diminuida, outras vezes, porém, elle apresenta-se condensado, encrustado de pigmento, resultados estes da inflammação.

Quanto ás lesões dos vasos sanguineos e biliares, ellas representam um papel secundario na hepatite suppurada. o processo

inflamatorio se propagando a esses vasos por intermedio do tecido conjunctivo que constitue uma bainha commum a esses mesmos vasos.

Qando o abcesso do figado está collocado superficialmente o revestimento seroso participa da inflammação e deste modo se fórma, felizmente, adherencias com os orgãos visinhos. Ora, sendo a tendencia dos abcessos crescer e romper-se, a consequencia seria, se não se formasse a adherencia, o derrame do pús na cavidade peritoneal e morte rapida por peritonite. A ruptura, porém, póde se fazer para o estomago, colon ou duodeno, etc., e o perigo diminue consideravelmente. Do mesmo modo que uma adherencia da pleura parietal póde se dar com a visceral quando o pús se dirige paro o lado do thorax e então é lançado do figado ao pulmão e bronchios e d'este modo eliminado quasi sem gravidade. Para outros pontos a sua abertura tambem póde se dar, como no veia porta, bassinete do rim direito, veia cava inferior, veias hepaticas, conductos e vesiculas biliares e d'este modo levado ao intestinos.

Nem sempre, porém, a eliminação do pús se dá, e um enkystamento póde, como dissemos, ser observado, vindo mais tarde se juntar o seu espessamento e a sua caseificação ou a transformação calcarea da massa caseosa. Isto é o que se observa nos abcessos profundamente situados.

A abertura do abcesso é indubitavelmente uma circumstancia para a cura do doente em muitos casos, mas não queremos tambem affirmar que o facto da sua não eliminação possa ser motivo de ameaça para a vida, a menos que a collecção purulenta não seja tão grande que uma intervenção se imponha como meio salvador.

III
SYMPTOMATOLOGIA

E' muito commum passar completamente despercebido ao clinico um abcesso do figado e a autopsia muitas vezes inesperadamente nos dá disto o attestado, tendo os doentes fallecido d'uma molestia intercurrente sem ter apresentado nunca manifestação morbida para o lado do figado, ou ainda quando a sua abertura natural e espontanea se dá para um orgão visinho. Outras vezes a hepatite suppurada se dissimula com manifestações *intermittentes*, principalmente o typo quotidiano, *maxime* quando o individuo tem soffrido anteriormente do impaludismo.

A *febre* deve, com effeito, chamar muito a attenção do clinico; sendo diversa a sua intensidade em cada periodo da molestia. Assim, no primeiro periodo póde ser intensa, como póde faltar completamente, mas em alguns casos ella constitue o unico symptoma. Ella só tem um caracter proprio quando está estabelecida a suppuração, manifestando-se então por accessos intermittentes; é o resultado da absorpção dos productos septicos da suppuração hepatica e não se manifesta quando o abcesso está cercado por um trama de tecido conjunctivo, conservando-se enkystado no orgão. A evolução do abcesso sem febre é rara.

Em alguns casos a symptomatologia da collecção purulenta na glandula hepatica tem quasi as mesmas manifestações d'uma *febre typhoide* grave ou ainda da *tuberculose pulmonar*, havendo aqui emagrecimento, pallidez notavel, calafrios por occasião do accesso febril, que se termina à noite por abundantes suores.

Antes, porèm, de bem descrevermos o quadro symptomatico do abcesso do figado, vejamos como a molestia evolue até aquelle termo, e pois estudemos as manifestações da hepatite aguda.

Sob a influencia do traumatismo, resfriamento, ou qualquer outra causa,o doente é logo accommettido de um intenso calafrio, marcando o thermometro 40° poucas horas depois. Então ha dyspnéa, tosse secca, sede intensa, lingua secca, pulso frequente, etc., e depois o embaraço gastrico apresenta-se com os seus phenomenos : lingua coberta de espessa saburra amarella, vomitos, a principio constituidos por substancias alimentares e depois biliosos, inappetencia, ligeira ictericia e notavel augmento do volume do figado, que invade os limites do epigastro e do hypochondrio esquerdo. E' doloroso á pressão.

Se a phlegmasia se termina pela resolução estes phenomenos vão se dissipando e no fim de alguns dias têm desapparecido completamente ; no caso da suppuração ou da passagem á fórma chronica persistem ou apenas se attenuam.

Tal é em traços largos, na maioria dos casos, o quadro de symptomas da hepatite aguda ; mas por elle só nem sempre nos devemos guiar, pois o periodo da suppuração póde se apresentar apenas pelo notavel abatimento de forças, anorexia, insomnia, maninifestações febris intermittentes, rebeldes ao quinino, ou ictericia mais ou menos pronunciada.

No estado chronico—a duração póde ser longa, ou a sua evolução lenta póde ser apressada por uma circumstancia fortuita e então o abcesso formar-se.

Ordinariamente os primeiros symptomas da hepatite apparecem no decurso da dysenteria, após os factores occasionaes — resfriamento, traumatismo, infecção malarica, etc., — embora em outros casos primitivamente seja o figado affectado.

Na primeira hypothese os symptomas dysentericos desapparecem por completo.

Com a formação do abcesso uma sensação de peso é experimentada pelo doente para o lado do hypocondrio direito, sensação esta que se incrementa pela pressão, impossibilitando mesmo o decubito lateral direito.

A scapulalgia se não tem o valor que a principio se quiz dar todavia é um elemento poderoso de diagnostico, principalmente no começo da molestia. Ella se assesta de ordinario na espadua direita e póde constituir mesmo a unica manifestação dolorosa durante a molestia.

A dôr existe, como vimos, no periodo congestivo da hepatite e na maioria dos casos ella permanece durante toda a evolução da molestia, assestando-se ordinariamente no ponto da lesão, embora possa generalisar-se á toda a região hepatica. Os espaços intercostaes apresentam-se alargados, a sua depressão desapparecendo, a rêde venosa sub-cutanea póde ser bem observada.

A febre é mais moderada do que no periodo agudo e acompanhada de ligeiro calafrio, tomando ella o typo intermittente quotidiano.—Ha pouco appetite, evacuações raras e endurecidas, pulso frequente, duro e cheio.

O exame do figado denota augmento em seu volume, e se o augmento é consideravel o hypocondrio direito parece mais ou menos proeminente. Os espaços intercostaes inferiores do lado direito são retrahidos e as costellas inferiores levantadas.

Algumas vezes se reconhece a fluctuação, o mais importante phenomeno para o diagnostico do abcesso hepatico, mas que, n'aquelles que estão situados profundamente, só se apresenta quando ha a destruição de uma notavel porção do figado, dado este comprehendido na apalpação. Por ella nós podemos delimitar o bordo inferior da glandula, algumas vezes muito claro á apalpação, em outros se o reconhecendo apenas pela resistencia mais consideravel da região hepatica.

O figado póde ser sensivel á pressão, no caso porém, da collecção purulenta a attenção é logo despertada por ser muito mais seria ; ás vezes essa pressão fazendo a dôr apparecer á espadua direita ou provocando a tosse. Para alguns auctores ella é o mais importante e o mais frequente dos symptomas. Em alguns casos, manifestando-se espontaneamente, é lancinante, tensiva, pungitiva, se

incrementando pela tosse ou pelo decubitus lateral e até pela percussão. Se a dôr é aguda e violenta, indica a existencia de um fóco superficial e a inflammação da serosa visinha, si de intensidade pequena, uma dôr vaga, a presumpção é para um abcesso central. Quanto á sua interpretação, os auctores não estão de accordo completo, dando Frerichs, Rendu, Kelsch e Kiener, etc., interpretações diversas.

O facto do apparecimento de uma saliencia nos espaços intercostaes é de grande valor, e mais importante é a sensação de um tumor. Quando estes dados vêm se reunir ao edema da região póde-se não só asseverar a existencia do abcesso como até determinar a sua séde.

A ictericia, que tambem póde ser observada, não é um symptoma frequente, podendo mesmo só apparecer em uma época tardia quando o abcesso já está formado. Entretanto ella póde manifestar-se nas conjunctivas escleroticaes e nos sulcos naso-labiaes, a pelle cobrindo-se de uma ligeira côr amarella.

Ella póde ser a consequencia da compressão dos conductos biliares visinhos pelo abcesso, ser ainda o resultado d'um catarrho ou d'uma inflammação fibrinosa d'esses conductos, d'uma compressão do canal choledoco ou do canal hepatico.

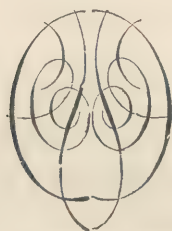
Uma attitude especial toma o doente, mas que não tem importancia quando as dôres e a dyspnéa não são pronunciadas, quando porém ellas são agudas e a respiração é dificil elle procura facilitar o mais possivel o funccionamento dos musculos que auxiliam a respiração e permitta o relaxamento d'aquelles que podem comprimir o figado. Os doentes se conservam deitados sobre o lado direito ou em decubitus dorsal, a parte superior do corpo inclinada para diante e as coxas curvadas.

Ainda podemos verificar para o lado do tubo gastro-intestinal vomitos e dejecções coradas de bile, ora diarrheicas, ora dysentericas, ou mais communemente normaes.

Algumas perturbações se apresentam tambem para o lado do apparelho respiratorio, devidas á dôr hepatica, á uma pleurisia ou pneumonia por propagação ou mesmo à penetração do pús na pleura ou nos bronchios. Os movimentos inspiratorios diminuem, devido á dôr provocada pelo deslocamento do figado e pressão do diaphragma e pois verifica-se a dyspnéa. A tosse, segundo alguns auctores, apparece frequentemente no abcesso do figado, constituindo a *tosse hepatica*.

Pretende-se ter encontrado algumas vezes a diminuição da quantidade de uréa na urina, mas este facto tem sido contestado por certos auctores, não estando ainda hoje perfeitamente elucidado o seo augmento ou a sua diminuição.

O abatimento geral do doente é notavel, principalmente quando a hepatite suppurada apparece na convalescença da dysenteria ou ainda no seu curso.

A magreza é notavel e a pelle do doente apresenta-se secca e arida.

IV
DIAGNOSTO E PROGNOSTICO.
— MARCHA. TRATAMENTO. —

Diagnostico — O diagnostico do abcesso do figado não é facil por isso mesmo que nem sempre o quadro symptomatico se apresenta em cada caso tal qual acabamos de descrever, podendo a formação da collecção purulenta se fazer lenta e insidiosamente, sem nenhum caracteristico. Todavia a confusão com a malaria sob a fórma intermittente se dissiparà desde que seja feito o emprego do quinino, que na hepatite suppurada será sem resultado.

Á's vezes desordens occasionadas pelo abcesso do figado são levadas à conta de uma tuberculose pulmonar, mas a ausencia de lesões dos pulmões e de fibras elasticas ou do bacillus de Koch, concorrerá para firmar o diagnostico d'aquella affecção.

A confusão se pòde ainda dar, quando existe a fluctuação, com os sarcomas molles, pseudo-fluctuantes ou com a dilatação kystica da vesicula biliar. Todavia com uma certa pratica, e tendo em vista a presença possivel de uma umbilicação no sarcoma, e que na ectasia da vesicula biliar o tumor è notavelmente pyrifórme e uniformemente destendido, consegue-se ainda formar juizo seguro. E quando porventura a duvida ainda persista, quando os dados não se apresentão de um modo claro, nenhum inconveniente existe n'uma puncção exploradora com um fino trocart.

Quando o abcesso do figado se apresenta com a maioria dos seus symptomas o diagnostico torna-se facil, mas, como nem sempre isto acontece, è preciso certo cuidado para evitar enganos. Nos casos duvidosos e obscuros do abcesso do figado, quatro signaes existem que muito valor merecem, e que forão magistralmente descriptos pelo clinico brazileiro, professor Torres Homem. Transcrevemos das paginas do seu livro:

Primeiro — Grande augmento de volume do lóbo esquerdo do figado, superficie lisa e uniforme do tecido hepatico; o orgão invade os limites do epigastro, desce atè quasi ao nivel da cicatriz umbilical, imprime à região superior do ventre uma proeminencia notavel, que attrae logo a attenção do medico; a apalpação e percussão em toda a porção da glandula que se torna saliente despertão ante uma sensação de angustia e máo estar, do que de verdadeira dôr; não se percebe em ponto algum d'esta zona o phenomeno da fluctuação.

Segundo — A percussão praticada, ora superficial, ora porfundamente, na parte do hypochondro occupada pelo lòbo direito do figado, revela, em uma zona mais ou menos ampla, a existencia de um som obscuro mixto e complexo, uma matidez alternativamente jecoral e humorica. Para que se perceba este phenomeno de plessimetria e elle possa inspirar confiança, è mister que o doente fique em decubito lateral esquerdo, um pouco inclinado sobre o ventre, e o medico recorra ao metodo exploratorio com todos os preceitos da sciencia propedeutica percutindo successiva mente de leve e com força, e prestando muita attenção, não só à tonalidade do ruido obtido pelo choque dos dedos que servem de martello, como tambem á sensação percebida pelos que servem de plessimentro.

Terceiro — O doente tem todas as tardes, especialmente ao entrar da noite, un pequeno accesso febril, intermittente, regularmente quotidiano, que começa às vezes por calafrio, outras, vezes por ligeiras horripilações, depois apparece o periodo de calor, que quasi sempre é pouco intenso, marcando o thermometro de ordinario de 38º a 38°, 5, finalmente, sobrevem pela madrugada uma copiosa transpiração que torna necessaria a mudança das vestes do corpo e muitas vezes tambem das roupas do leito. Esta excessiva diaphorese, sem a menor relação como intensidade dos dous outros estadios do accesso, concorrem muito para acentuar cada vez mais a adymamia, e tem quanto a mim um grande valor no diagnostico da hepatite suppurada.

Quarto—Collocando-se o doente na attitude que recommendei para se observar o segundo signal, completamente descoberta a metade direita do ventre e do thorax, o medico, recorrendo ao dedo médio ou indicador da mão em que é mais adextrado, ligeiramente encurvado, percute *com força, directa e immediatamente* os espaços intercostaes, tanto na face lateral, como na posterior, até o angulo inferior do omoplata. Se ha um abcesso hepatico, no ponto correspondente ao fóco purulento essa percussão determina uma dôr aguda, que é revelada pelo grito do paciente e pelo movimento brusco que elle faz para livrar-se da mão do medico que o examina: em outros pontos, a exploração não se torna dolorosa comquanto ás vezes provoque a mesma sensação de augustia e mão estar que provem do emprego da plessimetria nos limites da região do figado occupados pelo seu lóbo esquerdo enórmemeute congesto.

Continuando no estudo do diagnostico da hepatite suppurada, diremos que a sua confusão com a pleurisia só se póde dar quando o limite superior do figado está muito elevado; mas a fórma da matidez do abcesso do figado é irregular e particularmente mais elevada para diante do que para traz.

As saliencias fluctuantes da região do figado pódem tambem depender de um abcesso da parede abdominal, mas se distingue por isso que este não acompanha os movimentos inspiratorios.

Assim como póde se diagnosticar uma outra affecção em se tratando de um abcesso do figado assim tambem a collecção purulenta póde ser julgada existir quando não existe : é o que acontece muitas vezes na pyoemia, quando o figado está augmentado de volume por causa da infecção geral ao mesmo tempo que se observa a ictericia sob a mesma influencia.

Terminando o estudo do diagnostico nos referiremos ainda uma vez a puncção exploradora por isso por muitas vezes só ella póde nos garantir a existencia do pús no figado. Ella póde ser feita com um apparelho aspirador, como o de Dieulafoy, e nenhum inconveniente traz desde que haja toda a asepsia. Com este recurso não só fazemos a verificação do diagnostico como tambem conseguimos determinar a séde e a profundidade do abcesso.

Prognostico.— Outr'ora quando a cirurgia não contava com os recursos de que dispõe hoje e quando a asepsia e antisepsia não tinham chegado ao ponto de agora, o abcesso do figado era considerado uma affecção extremamente grave, alguns auctores affirmando mesmo que a cura não era possivel. Os resultados de hoje, porém, já não são desfavoraveis, principalmente se se recorre á intervenção cirurgica deixando de lado o tratamento medico.

E' preciso, entretanto, tomar em consideração certas circumstancias, como sejam o momento da intervenção, condições do doente, extensão do fóco, etc. Assim, se a suppuração se desenvolve surdamente, sem nenhuma manifestação bem accentuada, o prognostico é de ordinario fatal; si, porém, a fórma é franca e o tratamento é feito convenientemente, podemos quasi garantir a cura. A terminação pela morte será a consequencia se uma intervenção tardia é feita, isto é, quando já ha phenomenos de septicemia, gangrena, etc.

Marcha. — A marcha da molestia nada tem de caracteristico, evoluindo n'esse doente de um modo e com um quadro symptomatologico, emquanto que em outro a sua evolução é completamente diversa.

A's vezes o abcesso processa-se rapidamente.

A hepatite dysenterica termina-se pela resolução ou pela suppuração ou ainda póde passar ao estado chronico. A abertura espontanea do fòco se observa mais commummente nos bronchios ou na pleura e isto se explica pela maior frequencia dos abcessos na face convexa e bordo posterior do figado.

Tratamento. — Não ha duvida que o tratamento do abcesso do figado pertence ao dominio da cirurgia, todavia, em todos os auctores encontramos diversos meios empregados já internamente, já topicamente, constituindo o tratamento medico. Por isso, antes de nos referirmos á intervenção operatoria, diremos algumas palavras sobre aquelles meios. E' certo, porém, que elles

só poderão ser empregados na hepatite quando ainda não tem attingido á suppuração, caso em que sómente a eliminação pela puncção, aspiração ou incisão poderá dar resultado, para nos referirmos a nossa intervenção e não da natureza, isto é quando o pús é eliminado pelo pulmão, estomago, intestino, etc.

Assim pois, no primeiro periodo da phlegmasia é de regra fazer-se a applicação de sangue-sugas não só á região hepatica como á margem do anus, ou de ventosas sarjadas ao hypocondrio direito; mas são recursos estes de valor muito contestado, embora um certo numero de auctores acredite no seo valor pela diminuição da tensão sanguinea á região hepatica, acalmando as dôres e permittindo uma evolução que não chega á collecção purulenta e alguns tão confiantes estão na espoliação sanguinea que empregão até a phlebotomia.

O calor e o frio, a tintura de iodo e o vesicatorio, o unguento mercurial, etc, são meios topicos de que os clinicos tambem têm lançado mão, sem um proveito manifesto, mas ainda hoje commummente empregados.

Internamente os purgativos, o emetico e os tonicos são os recursos preconisados. Aquelles são aconselhados pela acção sobre a circulação hepatica, activando a secreção biliar e agindo como um derivativo intestinal. Os purgativos devem ser utilisados quando ha constipação de ventre, mas não quando ha dysenteria, e o calomelanos é o evacuante preferido.

Elle é um agente collagogo, podendo a sua administração ser feita em alta dose ou fraccionadamente.

O emetico deve ser empregado quando ha um embaraço gastro bilioso muito pronunciado, e os tonicos quando se procura elevar ou manter as forças até que a molestia chegue ao termo da sua evolução.

Varios agentes medicamentosos têm sido tambem aconselhados, mas sem duvida de menos importancia do que estes e por

isso não os apontaremos, tanto mais quanto n'um caso de hepatite é aos evacuantes, purgativos brandos, calomelanos só ou associado ao opio, e aos revulsivos locaes que recorremos. Se com elles combatemos as manifestações da affecção, rejubilemos; mas, se a febre, com o seo typo intermittente quotidiano apparece, se ha suores nocturnos, etc, então deixaremos de persistir em qualquer indicação medica porque só a intervenção cirurgica póde curar o doente.

Com effeito, quando o diagnostico está firmado, quando a collecção purulenta está reconhecida, não ha a escolher entre os meios de acção; é preciso evacuar o pús para fóra e isto o mais rapidamente possivel.

Quanto á necessidade da eliminação do pùs não ha divergencia alguma entre os clinicos, e este accordo é antigo, apenas a divergencia começa do momento em que se trata da necessidade de esperar a adherencia do figado á parede abdominal, julgando uns indispensavel que isto succeda, pois do contrario a quéda do pùs á cavidade abdominal trará como consequencia uma peritonite purulenta e fatalmente isto aconteceria se não houvesse tal adherencia; outros pensam que não se torna necessario esperar por ella para fazer a intervenção. Este modo de proceder é justamente o dos cirurgiões de hoje, e elle é razoavel por isso que não ha meio algum efficaz, seguro, para produzir adherencias entre o figado e a parede abdominal antes da intervenção, e nós não temos mesmo um meio para diagnosticarmos se quando existe ella é o resultado dos topicos empregados ou produzida espontaneamente. Portanto, tendo em consideração os inconvenientes da retenção do pùs, não se deve esperar uma adherencia, que póde não se dar. Demais, quando mesmo a quéda do pùs se desse na cavidade peritonial, uma lavagem rigorosamente antiseptica poderia evitar a inflammação da serosa; e foi por certo do receio da intervenção antes de se dar adherencia ou sò quando os signaes objectivos do abcesso se revelavam, que no começo os meios cirurgicos tiveram o seo descredito. Mas hoje a vantagem é reconhecida e ninguem mais trepida em recorrer ao meio operatorio para a eliminação do pús hepatico.

Ha varios processos para abrir as collecções purulentas, mas já abandonados, outros ainda seguidos pelos clinicos ou modificados por elles mesmos.

Tendo em vista que a abcedação hepatica é quasi sempre acompanhada de uma peritonite perihepatica, agente natural de adherencias espontaneas e não se podendo de um modo seguro diagnosticar as suas existencias, parece que não se deve esperar por ellas para se fazer a intervenção cirurgica e portanto deve ser feita o mais cedo possivel. Assim, desde que se presume da existencia do abcesso do figado, faz-se uma puncção exploradora com uma agulha calibrosa, tendo o cuidado de desinfectar previamente a região onde ella deve ser feita, sendo muitas vezes necessario funccionar em varios pontos e ás vezes penetrar até 7 ou 8 centimetros para então reconhecer a sua existencia ou affirmar a sua ausencia. Nenhum inconveniente ha n'este procedimento desde que os cuidados de antisepsia não sejam desprezados.

Quando a presença do pús é reconhecida não se faz a evacuação completa pelo aspirador, mas, deixando ainda introduzida a agulha, junto a ella penetra-se com um bisturi, incisando toda a espessura das paredes. Afasta-se depois os labios da incisão e comprime-se a face inferior do figado através as paredes abdominaes para facilitar a evacuação do pús. Com uma solução phenicada a 1 °/o faz-se a lavagem do fóco até que a agua saia limpida, applicando-se então um tubo de *drainage*, bastante calibroso, e o curativo de Lister renovado diariamente, uma ou mais vezes, vem completar o methodo operatorio de Stromeyer Little.

Assim, pois, n'este processo, primeiramente o auctor procura com a puncção determinar a séde do abcesso e, mais ainda, se elle na verdade existe, puncção que póde ser feita em qualquer ponto sem inconveniente algum, embora sempre se prefira aquelle em que fôr mais doloroso á pressão ou em que houver modificação da pelle.

Os cirurgiões lanção mão, para fazer essas innocentes punções capillares, dos apparelhos aspiradores de Potain e de Dieulafoy. In-

troduzida a agulha em um ponto, feito o vacuo e não vindo pùs, outras e mais outras puncções far-se-ão ainda,porque sómente d'este modo se poderá affirmar ou negar a existencia do pùs.

O bisturi faz a incisão atravessando simultaneamente a parede abdominal e o figado e Little a fazia n'uma extensão de cinco a seis centimetros conservando a agulha, que antes havia introduzido para determinar a existencia e séde do abcesso. Mas parece não haver grande necessidade disto, podendo ella ser retirada desde que se marque o ponto da introducção, mesmo porque tomada a extensão da agulha introduzida teremos a profundidade do abcesso.

E' conveniente introduzir-se na ferida até o fóco um tubo de caoutchouc para facilitar a eliminação dos grumos de pus e atè mesmo a lavagem da cavidade do abcesso.

As injecções têm sido muito apregoadas por uns e combatidas por outros, estes receiando a ruptura das paredes do fóco pelo esforço do liquido injectado, o que não se justifica; aquelles confiantes nas suas vantagens antisepticas.

Ou seja o de Lister ou outro qualquer, é de necessidade fazer-se curativos depois da intervenção, curativos que serão renovados logo que os seus bordos estiverem molhados de um liquido seroso ou seroso purulento.

Recommendaremos ao doente que se conserve em decubitus dorsal em repouso absoluto no leito, prescrevendo internamente um pouco de opio para paralysar o intestino, e como alimentação exclusivamente o leite, de modo a poupar a concurrencia do figado no trabalho digestivo.

Quando verificamos que as costellas tem já porções compromettidas é uma indicação a resecção das porções osseas em taes condições.

Proposições

— PROPOSIÇÕES —

PHYSICA MEDICA

I.

Thermometros clinicos são instrumentos destinados ao estudo das temperaturas nas differentes molestias.

II

O thermometro de maxima é o que mais vantagens offerece.

III

As indicações thermometricas são indispensaveis em muitas molestias.

CHIMICA INORGANICA MEDICA

I

O oxygenio é um gaz comburente, mas não combustivel.

II

Combina-se com o hydrogenio produzindo grande quantidade de calor.

III

E' applicado com vantagem em inhalações nos casos de asphyxia e para combater os accidentes da anesthesia geral.

BOTANICA E ZOOLOGIAS MEDICAS

I

A chlorophylla ou materia corante verde dos vegetaes é um producto derivado do protoplasma cellular.

II

Luz, calor e certos principios nutritivos, entre os quaes avulta o ferro, são os elementos indispensaveis á producção d'esta substancia.

III

A' chlorophylla cabe o papel de decompôr o gaz carbonico necessario a alimentação do vegetal, fixando o carbono e desprendendo oxygenio.

ANATOMIA DESCRIPTIVA

I

O coração é o orgão central da circulação.

II

O coração é dividido em quatro cavidades.

III

As cavidades direitas estão em relação com o sangue venoso, as esquerdas com o sangue arterial.

HISTOLOGIA

I

O tecido epithelial é o que constitue as mucosas.

II

Ha duas especies de epithelios: o pavimentoso e o cylindrico.

III

Os epithelios são dispostos em uma só camada, ou em camadas estratificadas.

CHIMICA ORGANICA E BIOLOGICA

I

A antipyrina, tambem conhecida por analgesina, tem por formula $C^{22} H^{12} Az^{2} O^{2}$.

II

A antipyrina dá uma côr vermelha com o per-chlorureto de ferro.

III

A antipyrina além de sua acção antithermica é um poderoso analgesico.

I

PHYSIOLOGIA THEORICA E EXPERIMENTAL

Irritabilidade muscular é a propriedade que tem o musculo de se contrahir sob a influencia de uma excitação.

II

Esta propriedade recebeu o nome particular de contractilidade.

III

Ella desapparece algum tempo depois da morte.

MATERIA MEDICA, PHARMACOLOGIA E ARTE DE FORMULAR

I

A pelletierina, principio activo da casca da raiz da romeira, é um excellente taenifugo.

II

Emprega-se sob a fórma de tannato de pelletierina.

III

Não deve ser administrada ás crianças.

PATHOLOGIA CIRURGICA

I

O diagnostico dos abcessos profundos da côxa é muitas vezes difficil, attenta a grande massa muscular ahi existente.

II

A penetração do pús nos intersticios musculares, produzindo grandes descollamentos, torna o diagnostico reservado.

III

A incisão ampla, a drenagem e a mais rigorosa antisepsia constituem o tratamento basico.

CHIMICA ANALYTICA E TOXICOLOGIA

I

O arsenico como corpo simples não é toxico.

II

A economia tem grande tolerancia para o arsenico.

III

Em doses convenientes, os saes arsenicaes são muito empregados em medicina.

AMATOMIA MEDICO-CIRURGICA

I

A aponevrose cervical comprehende tres folhas.

II

As folhas aponevroticas do pescoço delimitam quatro espaços.

III

A classificação medico-cirurgica dos abcessos cervicaes póde ser vantajosamente baseada na distribuição das lojas aponevroticas.

OPERAÇÕES E APPARELHOS

I

O ether e o chloroformio têm applicações determinadas na cirurgia moderna.

II

Não se deve ser exclusivista no emprego de um ou outro d'esses anesthesicos.

III

Na anesthesia local, o ether é muito inferior ao chlorureto de ethyla e á cocaina.

PATOLOGIA MEDICA

I

A ulcera do estomago apresenta pathogenia muito litigiosa.

II

Dôr, vomito, hemorrhagia, taes são os tres symptomas d'essa molestia.

III

A propagação da dôr ás regiões xyphoidiana e vertebral constitue um symptoma muito valioso no diagnostico.

OBSTETRICIA

I

Na quasi generalidade dos casos o forceps applica-se sobre a extremidade cephalica do feto.

II

O forceps è um instrumento de tracção e não de reducção.

III

A applicação do forceps necessita que o cólo uterino esteja sufficientemente dilatado, e que as membranas se tenham rompido.

MEDICINA LEGAL

I

Aborto criminoso é a expulsão prematura do producto da concepção, provocado com intensão dolosa.

II

O aborto criminoso é raro nos dois primeiros mezes da gestação.

III

Nos casos de suspeita de aborto, o medico legista deve syndicar: 1º se houve aborto, 2° a época provavel e 3º se foi provocado.

THERAPEUTICA

I

A morphina é o mais importante dos alcaloides do opio.

II

A morphina é o mais toxico dos alcaloides do opio no homem, mas no cão é a thebaina.

III

Cl. Bernard dividio esses alcaloides em excitadores e moderadores reflexos.

HYGIENE E MESOLOGIA

I

Uma das partes mais importantes da hygiene social é a prophylaxia das molestias transmissiveis.

II

Ella póde ser de defeza e de aggressão.

III

Com este fim os meios empregados são: a desinfecção, a vaccina e o isolamento.

ANATOMIA E PHYSIOLOGIA PATHOLOGICAS

I

Uma das mais importantes auto-intoxicações é a uremia.

II

Ella é a expressão de uma polyintoxicação.

III

Tem sempre por causa immediata uma deficiencia da funcção renal.

PATHOLOGIA GERAL

I

Os parasitas representam um papel importante na etiologia de um grande numero de molestias.

II

Os parasitas são divididos em animaes e vegetaes.

III

Os agentes infectuosos devem ser classificados entre os parasitas vegetaes.

CLINICA CIRURGICA — 1ª CADEIRA

I

O tratamento dos aneurismas cirurgicos, pela ligadura, é o mais geralmente empregado.

II

Ha tres processos : Hunter, Brasdor e Antillus.

III

A ligadura das duas extremidades, com estirpação do tumor aneurismal, quando applicavel. é o mais efficaz.

CLINICA PEDIATRICA

I

A syphilis nas crianças póde ser adquirida pela amamentação ou ser hereditaria.

II

A syphilis hereditaria póde manifestar-se precoce ou tardiamente.

III

A administração dos mercuriaes nas crianças neo-natas syphiliticas póde ser feita vantajosamente pelo leite.

CLINICA PROPEDEUTICA

I

O microscopio presta grande auxilio ao diagnostico.

II

O exame bacteriologico dos escarrhos é muito importante no diagnostico da tuberculose.

III

Diversos são os processos para a pesquiza do bacillus de Koch.

CLINICA CIRURGICA — 2ª CADEIRA

I

No tratamento das fracturas expostas, um dos principaes cuidados do clinico deve ser procurar reduzir os fragmentos.

II

A immobilisação do membro é uma das condições do bom resultado do tratamento.

III

A mais rigorosa antisepsia deve ser observada cuidadosamente.

CLINICA OBSTETRICA E GYNECOLOGICA

I

As rupturas do perineo são mais communs nas primiparas.

II

Muitas vezes resultam da falta de cuidados á parturiente.

III

As rupturas podem ser completas ou incompletas.

CLINICA OPHTHALMOLOGICA

I

A conjunctivite purulenta é muito frequente nas crianças.

II

As cauterisações de nitrato de prata associadas a outros meios dão excellentes resultados.

III

E' um dos mais importantes factores da cegueira.

CLINICA MEDICA — 2ª CADEIRA

I

A hepatite suppurada é molestia propria dos paizes quentes e rara nos de clima temperado.

II

Seus symptomas são muito variaveis.

III

Quando ha collecção de pús a indicação para a sua evacuação é formal.

CLINICA PSYCHIATRICA E DE MOLESTIAS NERVOSAS

I

A herança, nas psychopathias, é um elemento etiologico capital.

II

Na origem e evolução das nevroses e psychoses certas causas occasionaes têm mais valor que outras.

III

As ataxias menstruaes representam importantes factores occasionaes das nevroses e psychoses.

CLINICA DERMATOLOGICA E SYPHILIGRAPHICA

I

A syphilis é uma molestia infecto-contagiosa.

II

A sua transmissão se dá por contagio e herança.

III

A syphilis hereditaria póde manifestar-se muito tardiamente.

CLINICA MEDICA — 1ª CADEIRA

I

Atè bem pouco tempo não se acredivava na hysteria do homem.

II

Hoje está provado que ella não é o apanagio só do bello sexo.

Esta molestia constitue no sexo masculino tanto como no feminino o Protheu da pathologia nervosa.

HIPPOCRATIS APHORISMI

I

Ubi somnus delirium sanat, bonum.

II

Cibus, potus, venus, omnia moderata sint.

III

Extremis morbis exquisite extrema remedio optima.

IV

Lassitudines sponte morbus denunciant.

V

Sanguine multo effuso, convulsio aut singultus superveniens.

VI

In febris non intermittentibus, si partes extremae sunt frigidae,, internae vero urantur, et siti vexentur, lethale est.

Visto.

Secretaria da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro em 16 de Março de 1899.

O SECRETARIO

Dr. Eugenio de Menezes.